

# AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Genitore/Tutore del bambino/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

## DICHIARA

- che il bambino non ha nessuna tipologia di allergia, intolleranza alimentare, non utilizza farmaci salvavita e non necessita di diete speciali;
- che il bambino è allergico a \_\_\_\_\_
- che il bambino è intollerante a \_\_\_\_\_
- che il bambino è celiaco
- che il bambino utilizza farmaci salvavita
- che il bambino necessita di dieta speciale per motivi religiosi o è vegetariano/vegano

Nel caso in cui il bambino rispondesse alle ultime 5 casistiche verrà contattato quanto prima dal personale amministrativo che gli comunicherà la documentazione necessaria da presentare entro la prima settimana di Giugno.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del dichiarante per esteso e leggibile)